Chronik der geburtshilflichen Abteilung im Jahre 1911.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alexej Sagrjaskin

aus Moskau.

■ ■ ■

München 1912

RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Meinem lieben Vater in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548303_0100

Die Zahl der Frauen, die im Jahre 1911 die Hilfe der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu ihrer Entbindung in Anspruch nahmen, hat gegen das Vorjahr eine nicht unbedeutende Steigerung erfahren. Die Gesamtzahl der auf der klinischen Station und der Hebammen-Schule eingelieferten Frauen belief sich auf 2987, wovon 41 halb und 71 ganz entbunden aufgenommen wurden. Den 1389 Erstgebärenden standen 1598 wiederholt Gebärende gegenüber. Die älteste Erstgebärende zählte bereits 43 Jahre. Die Geburt verlief spontan. Der Blutverlust war gering, die Entbindung beanspruchte einen Zeitraum von 17 Stunden 40 Min. Das lebend geborene Kind war ein Mädchen von 51 cm Länge und 3600 g Gewicht. Auch das Wochenbett verlief ohne Störung.

Im Gegensatz zu ihr steht eine erst 15jährige Erstgebärende. Sie wird wegen Blutung in die Klinik eingeliefert, wo Abortus ausgeräumt wurde.

Was die Anzahl der Geburten betrifft, so steht eine 20. Gebärende im Alter von 45 Jahren voran. Von den vorgegangenen 19 Geburten waren 13 spontan, darunter einmal Zwillinge und einmal Steißgeburt. Die übrigen 6 waren Abgänge. Der letzte Partus war spontan in erster Hinterhauptslage. Blutverlust gering. Das Kind, ein lebend geborener Knabe, hatte eine Länge von 51 cm und wog 3200 g. Bis zur Vollendung der Geburt vergingen $28^1/_2$ Stunden.

Daran schließt sich eine 19-Gebärende, die 43 Jahre zählte. Ueber die 4 letzten Geburten fehlen Angaben. Von den übrigen 14 waren 9 spontan, 4 Frühgeburten und 1 Querlage. In diesem Falle wurde das Kind nach Decapitation extrahiert. Dieses Mal wurde die Frau von einem Arzt in die Klinik geschickt, da er annahm, daß eine Frühgeburt einzuleiten sei. Die Frau litt an starker Atemnot und klagte über geschwollene Beine. Sie bekommt, da sie wenig Wehen hat, um $11\frac{45}{\text{p. m.}}$ 0,7 ccm Pituitrin. Nach der Pituitringabe treten die Wehen alle 3—5 Minuten auf, und zwar im sichtlich verstärkten Grade. Eine Untersuchung um $12\frac{30}{\text{a. m.}}$ zeigt den Muttermund gut über ein Fünfmarkstück groß: der Kopf über dem Becken beweglich, nur mit einem kleinen Segment über dem Beckeneingang liegend. Um $2\frac{15}{\text{a. m.}}$ erfolgte der Blasensprung; eine gleich darauf vorgenommene Untersuchung

läßt Nabelschnurvorfall feststellen. 2 $\frac{30}{\text{a. m.}}$ Es wird Wendung aus II. Hinterhauptslage auf den Fuß und Extraction eines sofort schreienden Mädchens vorgenommen, das 49 cm lang und 2450 g schwer ist. Blutverlust ca. 500 g. Placenta folgt auf Credé.

Es folgt eine 43jährige 18-Gebärende, die 15 mal spontan geboren hat, 2 Frühgeburten im 8. Monat. Es leben nur 5 Kinder. Bei dieser Geburt wird die Frau von der Sanität eingeliefert. Sie macht folgende Angaben: Gestern um 8 $\frac{\text{h.}}{\text{p. m.}}$ begann die Wehen. Die gerufene Hebamme hatte keine Querlage diagnostiziert. Der Blasensprung erfolgte nach Angabe um 9 $\frac{30}{\text{p. m.}}$ Am nächsten Tag 3 $\frac{\text{h.}}{\text{a. m.}}$ bemerkte die Hebamme den Vorfall einer Hand und schickte zum Arzt. Der gerufene Arzt untersuchte die Frau und verwies sie sofort in die Klinik. Rechte Hand vorgefallen in der Vulva sichtbar. Wegen des stark adiposen Abdomens kein genauer palpatorischer Befund. Herztöne nirgends zu hören. Sehr kräftige Wehen, 0,0015 Morphium, beschleunigter Puls. Innerer Befund: I dorsoanterior Querlage (Achselschluß nach links) verschleppt. Sofortige Anstalten zur Dekapitation. In Chloroformäthernarkose wird das Dekapitationsinstrument über den Hals geführt, geschlossen und mit einigen kräftigen Zügen der Hals durchtrennt. Durch Zug an vorgefallenem Arm Entwicklung des Rumpfes. An den von außen entgegengedrückten Kopf werden die beiden Außenblätter des Zweifel'schen Instrumentes angelegt und zusammengeschraubt. Es fließt reichlich Gehirnmasse ab. Entwicklung des Kopfes durch Zug. Die durch kräftige Kontraktionen bereits gelöste Placenta wird manuell entfernt. Untersuchung des Uterus ergibt incomplete Uterus-Ruptur. Tamponade von Uterus und Scheide. Blutverlust während der Operation gering. Nach Beendigung der Operation wird Laparatomie ausgeführt. Uterus wird entfernt; Bauchhöhle ausgespült; vaginale Drainage. Gegen Ende der Operation tritt bei der Patientin ein leichter Herzschock ein, weshalb Campher injiziert und eine Kochsalzinfusion gemacht wird; daraufhin Besserung des Pulses.

Dann kommt eine 40jährige 17-Gebärende. Kreißende betritt den Kreissaal. Befund: aus der Scheide hängt eine faulige Nabelschnurschlinge heraus. Kein Blutabgang. Kind tot. Gegen ärztlichen Rat verläßt Patientin sofort wieder die Klinik. Nach einem Tag kommt sie wieder auf Anraten von Poliklinik und gibt an, daß sie vorgestern um 10 $\frac{30}{\text{p. m.}}$ Fruchtabgang zu Hause gehabt habe. Einige Stunden danach Abgang von großen Blutklumpen, die sie für den Mutterkuchen ansah. Die beigezogene Hebamme constatierte, daß die Placenta noch im Uterus sich befinde und überwies sie in die hiesige Frauenklinik. Patientin hat keine

Wehen, keine Blutungen. Von den Aerzten der Poliklinik wurde sie kurz vor ihrer Einlieferung in den Kreissaal untersucht. In der letzten Nacht hatte sie Schüttelfrost. In der Aethernarkose wurde Placenta manuell gelöst. Von vorausgegangenen 16 Geburten ist zu sagen, daß 12 spontan verliefen, darunter einmal Zwillinge und 4 Abgänge von 2—4 Monat.

Es kommt weiter eine 42jährige 17-Gebärende. Die vorausgehenden 16 Geburten verliefen ungestört, ebenso Schwangerschaften und Wochenbetten. Unter den letzten ein Abgang im 6. Monat. Letzte auch Spontan-Geburt. Das Kind war ein Mädchen von 47,5 cm Länge und 2800 g Schwere.

Im Ganzen wurden 3016 Kinder geboren, und zwar 1462 männlichen und 1379 weiblichen Geschlechtes. In 175 Fällen konnte ich das Geschlecht nicht bestimmen, weil erstens von Frauen, die vollständig entbunden eingeliefert wurden, die Angaben fehlten und zweitens, weil ich zu Geburten jene Aborte rechnete, bei denen man kein Geschlecht unterscheiden konnte.

Zur Zahl 3016 gehören auch 58 Zwillingskinder. Nicht alle Kinder kamen lebend zur Welt. Es läßt sich feststellen, daß in dem Jahre 1911 279 Kinder tot geboren wurden und als Ursache hiezu dient Lues der Mutter, Mißgeburt, Nabelschnurvorfall und endlich zerstückelnde Operationen.

Von den lebend geborenen Kindern starben noch während des Aufenthaltes in der Klinik 80 Kinder. Die Haupttodesursache ist Lebensschwäche, ferner luetische Erkrankungen, Pemphigus neonatorum und Hepatitis luetica; dann Asphyxia pallida, Nabelschnursepsis und endlich Mißbildung. Es wurden also 2657 Kinder lebend entlassen.

Von nennenswerten Anomalien sind folgende Fälle zu bemerken:

1 Fall Balanitis
1 „ Cheilognathopalatoschisis
1 „ Oedem an beiden Augenlidern
1 „ Spaltung des Praeputiums und Oedem desselben
3 Fälle Struma parenchymatosa
1 Fall Conjunctivitis purulenta
1 „ Linksseitige Facialis parese
2 Fälle Ascites
1 Fall Leichtes Exantem am Kopfe
1 „ Luxatio congenita sinistra
2 Fälle Anencephalus
2 „ Hydrocephalus
1 Fall Spina bifida
1 „ Cheiloschisis und Cheilognathopalatoschisis
1 „ Fehlen eines Scheitelbeines und Gehirn
1 „ Stark ödematöse Hoden und Penis
1 „ Hautdefekt luetischer Natur

1 Fall Nabelschnurhernie
1 „ Klumpfuß
1 „ Kind mit atroph. Nabelschnur
1 „ Ascites und Hepatitis
1 „ Cystenhygrom der linken Wange
1 „ Starke Hyperämie des Penis und Scrotums.

Trotz der prophylaktischen Einträufelung von einer Argentum aceticum oder Sophol-Lösung in die Augen wurde bei 3 Kindern Ophtalmogonorrhoe festgestellt.

Als kleinstes lebendes neugeborenes Kind wurde ein 21 cm langer und 200 g schwerer Knabe beobachtet, der von einer 16jährigen Erstgebärenden stammte und der allerdings nach einer halben Stunde starb (J. Nr. 1499). Ihm gegenüber steht als schwerstes Kind ein Knabe von 55 cm Länge und 5200 g Gewicht. Das Kind wurde spontan geboren. Seine Mutter ist 28jährige Zweitgebärende (J. Nr. 1645). Als größtes Kind war ebenfalls ein Knabe von 57,5 cm Länge und 4330 g Gewicht. Das Kind stammt von einer 31jährigen VIII-Gebärenden (J. Nr. 109 H. S.). Aus dem großen Material ließ sich als durchschnittliche Länge 50 cm und das durchschnittliche Gewicht 3200 bis 3300 g berechnen.

Was nun die Lage der Kinder betrifft, so habe ich feststellen können, in

1820	Fällen	1 Hinterhauptslage	=	69,03 %
619	„	2 „	=	23,06 %
16	„	Vorderhauptslage	=	0,61 %
9	„	Stirnlage	=	0,34 %
15	„	Gesichtslage	=	0,59 %
2479	„	Kopflagen im Ganzen	=	93,63 %
85	„	Steisslage	=	3,3 %
29	„	Fusslage	=	1,1 %
114	„	Beckenendlagen im Ganzen	=	4,4 %
30	„	Quer- und Schieflagen	=	1,2 %

Ueber die Lage der Zwillingskinder lassen sich folgende Angaben machen: Von den 29 in der Klinik beobachteten Fällen waren:

Beide in Hinterhauptslage	11
Beide in Beckenendlage	4

In den übrigen 14 Fällen war das eine Zwillingskind in Hinterhauptslage, in 4 Fällen das andere in Beckenendlage; in 2 Fällen eines in Hinterhauptslage; eines in Querlage; in 1 Fall eines in Hinterhaupts-, eines in Stirnlage. In 5 Fällen läßt sich die Lage der Kinder nicht angeben und zwar deshalb, weil in 4 Fällen Abortus zu verzeichnen ist und in 1 Fall die Frau vollständig entbunden eingeliefert wurde. In fast allen Fällen wurde das schwerere Kind zuerst geboren. Gleichen Geschlechts waren

18 Zwillingspaare, und zwar in 10 Fällen männlichen und in 8 Fällen weiblichen Geschlechts. Eineiige Zwillinge fanden sich in 1 Fall. In 7 Fällen mußte ein Kind extrahiert bezw. gewendet und extrahiert werden. Die Zange wurde bei 4 Kindern angelegt, darunter einmal als hohe Zange (J. Nr. 731 H. S.). In 3 Fällen mußten beide Kinder künstlich geboren werden. In 1 Fall wurde wegen Hydramnios im 6. Monat Frühgeburt eingeleitet. Abgesehen von Aborten, kam das Kind in 1 Fall tot zur Welt. Die kürzeste Zeit von Beginn der Wehen bis zur vollendeten Geburt, ohne jeden Eingriff, betrug 1 Stunde 25. Min. Die Mutter war 21jährige Zweitgebärende (J.-Nr. 195). Die längste Zeit hatte eine 29jährige Zweitgebärende nötig, nämlich 119 Stunden 5 Minuten (J.-rN. 378 H. S.). Die durchschnittliche Geburtsdauer betrug 16—17 Stunden.

Die 172 Fälle, bei denen es sich um die Ausstoßung der Frucht vor der 28. Schwangerschaftswoche handelte, setzen sich nach der Dauer der Gravidität folgendermaßen zusammen:

im	1.	Monat 2
„	2.	„ 23
„	3.	„ 49
„	4.	„ 37
„	5.	„ 30
„	6.	und anfangs des 7. Monates 31.

Als Ursache für die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft kann man, wie acute z. B. Pneumonie, Nephritis, so auch chronische Erkrankungen der Mutter wie Tuberkulose der Lungen und besonders Lues ansehen. In den weit meisten Fällen dürfte es sich wohl um kriminelle Eingriffe handeln, wofür jedoch kein strikter Nachweis zu liefern war.

Enges Becken. Therapie.

Herrscher in der Pathologie der Geburt ist enges Becken, das bei 100 Frauen festgestellt werden konnte. Wir sind bei der Behandlung der durch Beckenenge komplizierten Geburt nur in den seltensten Fällen in der Lage, von vorneherein ein bestimmtes Entbindungsverfahren ins Auge zu fassen. Meistens müssen wir unser Handeln nach den Umständen einrichten und dabei alle Faktoren, welche für den Geburtsverlauf von Bedeutung sind, in Rechnung ziehen. Da ist vor allem der Grad der Verengerung, der gewisse Anhaltspunkte gibt. In Rücksicht auf die Entbindungsmöglichkeit pflegt man 4 Abstufungen der Raumbeschränkung zu unterscheiden und dabei die Conjungata des Eingangs als Maßstab zu Grunde zu legen. Der erste und leichteste Grad der Verengerung umfaßt die Becken mit einer Conjungata von 9 cm Länge und darüber. Dabei verläuft die Geburt in der Regel spontan. Der II. Grad der Verengerung wird von jenen Becken

repräsentiert, deren Conjungata zwischen 9 und 7 cm liegt. Eine natürliche Geburt ist unter diesen Verhältnissen noch möglich. Der Verlauf ist aber oft schwer und langdauernd. Den III. Grad der Verengerung bilden die Becken mit einer Conjungata unter 7 und bis zu 5 cm. Die Entbindung auf natürlichem Wege kann dabei nur durch die Verkleinerung des Kinderschädels ermöglicht werden. Der IV. und höchste Grad der Verengerung endlich besteht da, wo die Länge der Conjungata unter 5 cm sinkt. Selbst der verkleinerte, kindliche Kopf läßt sich bei solcher Raumbeschränkung nicht mehr durch das Becken ziehen. Die therapeutischen Regeln für die zwei höchsten Grade der Verengerung sind leicht gegeben: bei absoluter Beckenenge bis zu 5 cmConjungata kann die Entbindung überhaupt nur durch den Kaiserschnitt erzielt werden und bei der Enge III. Grades ist diese Operation nicht zu umgehen, wenn das Kind am Leben erhalten werden soll.

Bei der Verengerung mittleren Grades im Beginn der Geburt wurde zunächst abgewartet. Tritt dann der Kopf nicht ins Becken und es ist eine Indikation zur Entbindung von Seiten der Mutter oder des Kindes gegeben, Hebosteotomie oder bei I para sectio caesarea. Bei infizierten Fällen wird zuerst ein hoher Zangenversuch gemacht; mißlingt dieser, dann wird sofort die Perforation des Kindes angeschlossen.

Die hohe Zange wurde einmal benützt. Es wurde ein lebendes ausgetragenes Kind entwickelt.

In allen Fällen also, in denen es noch möglich erschien, ein lebendes Kind zu erzielen, wurde fast stets Kaiserschnitt oder Hebosteotomie ausgeführt.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde in 13 Fällen von engem Becken angewandt, wodurch stets lebende Kinder erzielt wurden. Es wurde in den meisten Fällen die Operationsmethode nach Döderlein-Flankenschnitt parallel zum Lig. Pouparti geübt und nach Eröffnung der Cervix das Kind mit der Zange entwickelt. In keinem dieser 13 Fälle von Sectio caesarea extraperitonealis war ein Todesfall der Mutter zu beklagen.

In 2 Fällen von engem Becken wurde der klassische Kaiserschnitt zur Entbindung angewandt und im Anschluß daran in einem Fall der Uterus in toto exstirpiert.

1. Fall: (J.-Nr. 302.) Eine 39jährige IX-Gebärende betritt den Kreissal ohne Wehen und wird auf den Wochensaal verlegt. Kind lebt, Herztöne 148. Nach einer Woche wird zur operativen Entbindung wegen engen Beckens geschritten. Von dem extraperitonealen Kaiserschnitt wird Abstand genommen — wegen starken Varicen — und klassischer ausgeführt. Beim Durchschneiden des Uterus entsteht eine sehr starke Blutung. Das Kind wird lebend geboren, die Placenta folgt sofort. Der Uterus wird mit Jodoformgace tamponiert, darauf contrahiert

er sich gut. Da er jedoch gleich darauf wieder schlaff wird, wird exstirpiert in Rücksicht auf die früheren Geburten.

2. Fall: (J.-Nr. 305.) Eine 41jährige VII-Gebärende betritt den Kreissaal ohne Wehen und gibt an, daß seit vorgestern andauernd sich Wasser aus den Genitalien entleert. Kind lebt, Herztöne 140. Da es sich bei der Patientin um ein enges Becken handelt, außerdem dauernde Wehenschwäche herrscht, besonders aber die Gefäße stark varicös erweitert sind, wird in Chloroform-Aethernarkose der klassische Kaiserschnitt ausgeführt, Placenta manuell entfernt. Später Exitus.

In 12 Fällen von engem Becken wurde als entbindende Operation Döderlein'sche Hebosteotomie, die bekanntlich in einer Durchsägung des Os pubis als subkutane Schnittmethode besteht, ausgeführt. Dabei mußten leider zwei Frauen ihr Leben lassen.

Es handelte sich zunächst um eine 38jährige VIII-Gebärende, die den Kreissaal mit schwachen Wehen betritt. Blase ist gesprungen. Temp. 37,2. Kind lebt, Herztöne 140. Da hier ein enges Becken vorliegt, wird die Operation in typischer Weise vorgenommen. Nach Durchtrennung des Knochens starke Blutung aus der varicös erweiterten Venen des Plexus pudendus. Bildung eines ungefähr faustgroßen Haematoms in der l. großen Labie. Wendung und Extraktion des ausgetragenen lebenden Kindes gelingt spielend leicht. Starke Blutung. Manuelle Lösung der Placenta, Tamponade des Uterus. Naht einiger Schleimhautrisse und eines Dammrisses 2. Grades. Eine Stunde danach sehr starke Blutung. Tamponade durchgeblutet. Der Muttermund zeigt zwei blutende Cervixrisse. Naht mit Catgut. Am 8. Tage nach der Operation Temp. 40,5 bei relativ sehr gutem Allgemeinbefinden. Das bei der Uterusspülung gewonnene Secret enthält Bacterium Coli und Scheidenbazillen. Eihaut und Placentareste sind nicht zurückgeblieben. Bekämpfung des Fiebers mit Aspirin. Die Herztätigkeit läßt etwas nach, Puls ist unregelmäßig. Nach Verabreichung von Digitalis in Tablettenform schwindet die Unregelmäßigkeit des Pulses, der mittelkräftig, mäßig gespannt ist. Die Operationswunde sondert eine trübseröse Flüssigkeit ab, ohne entzündliche Schwellung oder Rötung in der Umgebung. Prießnitz mit essigs. Tonerde, Bier'sche Saugglocke. Das Fieber hält sich auf der Höhe, der Puls schnellt auf 140 in der Minute. Am Abend Schüttelfrost. Entnahme von Blut aus der rechten Cubitalvene zwecks bakteriologischer Untersuchung. Am nächsten Tag Exitus.

Im 2. Fall handelt es sich um eine 34jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 143.) Untersuchung ergibt ein enges Becken. Kind lebt, Herztöne 84.

Die äußeren Genitalien zeigen starke Varicen. Sofortige Operation. Bei der Operation besteht starke Blutung, besonders an der Incisionsstelle. Alsdann Entwicklung des Kindes durch Tar-

nier Zange. Placenta manuell gelöst. Resultat: ein lebendes Kind, starke Cervixrisse, die sofort genäht werden. Uterus- und Scheidentamponade. In die Harnröhre wird ein Dauerkatheder eingelegt. Am nächsten Tage Exitus.

Die Zange, die nur angewandt wird, wenn der Kopf zum Teil oder ganz ins Becken eingetreten ist, wurde bei engem Becken viermal benutzt als selbständige Operation. Es wurden 4 lebende Kinder entwickelt.

In 2 Fällen von allgemein verengtem Becken wurde die Frau durch Hysterostomatomia vaginalis anterior entbunden. Darunter befand sich eine Komplikation mit Placenta praevia.

In 3 Fällen war das enge Becken mit Beckenendlagen kombiniert, und es wurden dabei 2 Kinder lebend durch Extraction entwickelt.

Die Perforation und zerstückelnde Operationen wurden im Berichtsjahre in 10 Fällen von engem Becken ausgeführt. Es wurde in diesen Fällen fast stets zur Perforation nur der Blotsche Dolch benützt und zur Extraktion der dreiteilige Kephalokranioklast, wie er von Zweifel angegeben ist, verwendet. Diese Operationsmethode fand im Berichtsjahr fast nur bei toten Kindern Platz.

Eine 36jährige I-Gebärende wird in die Klinik überführt. Becken verengt, vera 9. (J.-Nr. 202.) Zu Hause wurde vom Arzt perforiert Kranioklast v. Braun mehreremale ausgerissen. Infolgedessen hält auch in der Klinik das dreiteilige Instrument von Zweifel nicht. Jetzt wird entschlossen, die Wendung auszuführen und einen Fuß herunterzuholen. Die daran sich anschließende Extraktion ist sehr schwierig. Um sie ausführen zu können, ohne die Weichteile zu verletzen, macht sich zunächst die Exarticulation des heruntergeholten rechten Fußes und dann die Evisceration des Kindes notwendig, worauf die Extraction leicht gelingt. Das Kind ist sehr stark entwickelt; es mußte vollständig ungefähr 4000 g gewogen haben.

Unter den 100 Fällen von engem Becken fand sich in 55 Fällen spontane Geburt angegeben.

Zur Therapie beim engen Becken sind noch jene Verfahren zu rechnen, welche die Entwickelung der Frucht zur vollen Größe hintanhalten und dadurch das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken herabsetzen wollen: Die Einleitung der Frühgeburt und die als Ersatz dafür von Prochownick angegebene Diät oder Entziehungskur der Mutter. Viel mehr Bedeutung besitzt die künstliche Frühgeburt. Unter künstlicher Frühgeburt versteht man die Unterbrechung der Schwangerschaft zu einer Zeit, wo die Frucht getrennt von der Mutter fortzuleben imstande ist. Man läßt die Geburt zu einer Zeit vor sich gehen, wo der Kopf des Kindes noch klein, weich und kompressibel ist. Die mechanischen Schwierigkeiten seines Durchtrittes durch die Enge fallen

dann naturgemäß viel geringer aus, die Geburt verläuft leichter für die Mutter und das Kind, welches ausgetragen mit dem Kopfe vielleicht stecken geblieben und abgestorben wäre, kommt lebend zur Welt. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt kann ferner nötig werden bei Krankheiten der Mutter, welche durch den Fortbestand der Schwangerschaft so verschlimmert werden, daß eine Gefahr für das mütterliche und damit natürlich auch für das kindliche Leben eintritt. Hierher gehören vor allem die Schwangerschaftsnephritis, dann Erkrankung des Herzens, der Lungen- und Luftwege, welche durch Erstickungsanfälle zuweilen die Entleerung des Leibes dringend erheischen. In seltenen Fällen hat man endlich von der künstlichen Frühgeburt Gebrauch gemacht bei schwerkranken Schwangeren, um den Kaiserschnitt in mortua zu umgehen, und bei habituellem Absterben der Früchte, um vor dem Termin des Absterbens die Frucht lebend zu Tage zu fördern. Die künstliche Frühgeburt wurde im Jahre 1911 in 30 Fällen eingeleitet.

In einem Fall wegen engen Beckens.

Eine 45jährige X-Gebärende (J.-Nr. 964) kommt in die Klinik wegen Einleitung der künstlichen Frühgeburt, weil bei den meisten früheren Geburten operative Hilfe nötig war. Blasenstich. Metreurynther eingelegt. Kopf steht im Becken. Nabelschnur vorgefallen. Es wird sofort zur Zange geschritten. Entwicklung eines sofort kräftig schreienden Kindes durch Zug.

In 4 Fällen wegen Nephritis.

Eine 25jährige I-Gebärende (J.-Nr. 141) betritt den Kreissaal, vom Schwabinger Krankenhaus eingeliefert. Bei ihr besteht seit 3 Wochen eine Nierenentzündung. Albumen reichlich im Urin vorhanden. Es wird ein Laminarstift nach leichter Dilatation des Cervikalkanals eingelegt.

Eine 27jährige II-Gebärende (J.-Nr. 388) betritt den Kreissaal ohne Wehen, klagt über sehr starke Kreuzschmerzen. Seit 3 Monaten besteht andauerndes Erbrechen und Magenschmerzen. Nachdem durch intravenöse Injektion 20 ccm aktiven Serums eine Besserung nicht eingetreten, wird die Schwangerschaft unterbrochen, da gleichzeitig neben der Hyperemesis noch Nephritis und urämische Erscheinungen bestehen. Hysterotomie vag. ant. Wendung auf die Füße, Extraction, Perforation des nachfolgenden Kopfes. Verschluß des Uterusschnittes. Uterus- und Scheidentamponade.

Bei einer 25jährigen II-Gebärenden (J.-Nr. 480) wird die Schwangerschaft im 5. Monat wegen Nephritis durch vaginalen Kaiserschnitt unterbrochen.

Eine 40jährige IX-Gebärende (J.-Nr. 682) leidete an Herzschwäche, Nephritis und Anfälle. Hysterotomia vaginalis anterior.

In 5 Fällen wegen Lungenspitzenkatarrh.

Eine 32jährige VII-Gebärende (J.-rN. 174) kommt in den Kreissaal. Bei der Patientin besteht beiderseits Lungenspitzenkatarrh. Der Klopfschall über r. und l. Lungenspitzen ist verkürzt. Die rechte Spitze steht etwas tiefer als die linke. Feuchte Rasselgeräusche sind nicht zu hören, hingegen vereinzelte trockene, die sich als feines Giemen charakterisieren und nach einigen kräftigen Atemzügen wieder verschwinden. Der Klopfschall über den übrigen Lungenabschnitten ist hell und voll, das Atemgeräusch bläschenförmig, aber rauh. Die Lungengrenzen verschieblich an gehöriger Stelle. Am Morgen wird ein Laminarstift eingelegt, am Nachmittag ein Ballon. Noch am gleichen Tag wird Uterus ausgeräumt.

Eine 31jährige IX-Gebärende (J.-Nr. 1568) kommt in die Klinik zwecks Einleitung des Abortus. Es besteht Tuberkulose beider Lungenspitzen und außerdem Klappendefekt der Mitralis. Cervixtamponade eines Laminarstiftes. Am nächsten Tag Ausräumung, Spülung, Tamponade.

Bei einer 34jährigen IX-Gebärenden (J.-Nr. 1551) wird wegen Tuberkulose beider Lungenspitzen die Schwangerschaft im III. Monat unterbrochen.

Eine 31jährige IX-Gebärende (J.-Nr. 1568) kommt in die Klinik zwecks Abortus. Es besteht Tuberkulose beider Lungenspitzen und außerdem Klappendefekt der Mitralis. Cervixtamponade mit Jodoformgace, Blasenstich, Ausräumung des Uterus mit Eizange und d'Curett, Uterusspülung, Uterus- und Scheidentamponade.

Bei einer 21jährigen I-Gebärenden (J.-Nr. 1695) hat med. Poliklinik festgestellt, daß es sich um eine Tuberkulose der Lungen handelt. Besonders ist eine Infiltration der r. Spitze vorhanden. Die Röntgenuntersuchung hat den physikalischen Befund bestätigt. Cervixtamponade, Injektion von 0.5 Pituitrin. Einige Stunden danach nochmals 0.5 Pituitrin-Injektion. Steiß in Beckenenge. Wegen vollständiger Wehenlosigkeit Extraktion am Steiß eines toten, macerierten Foetus.

In 7 Fällen wegen Blutung.

Eine 33jährige VII-Gebärende (J.-Nr. 192) kommt auf den Kreissaal, von der Poliklinik eingewiesen. Vor drei Tagen trat eine Blutung ein, es gingen Stücke ab. Patientin ließ die Hebamme holen, die sie untersuchte und zu Bett legte. 1 Stunde setzte die Blutung aus, dann blutete es immer weiter. Jetzt wurde die Poliklinik gerufen. Tamponade eingelegt und in die Klinik eingewiesen. Kind lebt, Herztöne 164. In Chloroform-Aethernarkose wird die Hysterotomia vaginalis anterior vorgenommen. Keine Placenta praevia, Kopf liegt vor. Kombinierte Wendung auf den Fuß. Extraktion eines unreifen, toten Kindes. Manuelle

Lösung der Placenta, Uterustamponade, Naht der Operationswunde, Scheidentamponade.

Eine 42jährige III-Gebärende (J.-Nr. 310) wird in den Kreissaal transportiert, von der Poliklinik eingeliefert. Vor 14 Tagen platzte am rechten Unterschenkel ein Varixknoten, er blutete ziemlich stark. Vor 2 Tagen hatte Patientin starke Schmerzen im Leib; es entstand eine Blutung. Ein Arzt tamponierte die Scheide. 2 Tage später wurde die Poliklinik gerufen. Scheidentamponade. Nach 4 Tagen kommt Patientin wieder auf den Kreissaal, von der Poliklinik eingewiesen, wegen der alten Varicenblutung. In Chloroform-Aethernarkose wird die Hyserotomia vaginalis anterior vorgenommen. Die Fruchtblase künstlich gesprengt. Darauf wird das Kind auf den Fuß gewendet und extrahiert. Da die Extraction des nachfolgenden Kopfes sich als unmöglich erweist, wird der Kopf durch den Wirbelsäulenkanal und Foramen magnum perforiert. Placenta wird auf Druck geboren.

Eine 32jährige IX-Gebärende (J.-Nr. 428) wird wegen starker Blutung in den Kreissal gebracht. In Chloroform-Aethernarkose Hysterotomia vag. art. ausgeführt. Placenta liegt vor; nach der Wendung auf den Fuß und Extraktion einer dem V. Monat entsprechenden Frucht, wird die Placenta manuell gelöst.

Eine 22jährige II-Gebärende (J.-Nr. 442) betritt mit heftigen Wehen den Kreissaal. Es geht etwas Blut ab. Die Fruchtblase ist prall gespannt in der Vulva sichtbar. Da die Blutung nicht stand und keine Teile in der Blase zu fühlen waren, wurde dieselbe gesprengt und das Kind an dem Fuß extrahiert.

Eine 27jährige I-Gebärende (J.-Nr. 572) wegen Blutung in die Klinik gebracht. Die Blase wrid künstlich gesprengt. Wendung auf den Fuß und Extraction.

Eine 26jährige I-Gebärende (J.-Nr. 1378) kommt in die Klinik und gibt an, daß sie bei der Arbeit durch eine Blutung überrascht wurde. Die Blutung war stark, es bestanden keine Schmerzen. Uterustamponade; Blutung steht. Die Blase, die sich ballonförmig vor die Scheide wölbt, wird gesprengt. Nach 40 Minuten erfolgt Spontangeburt eines toten, unreifen Kindes.

Eine 30jährige I-Gebärende (J.-Nr. 1388) wird wegen Blutung in die Klinik eingeliefert. Bei der Untersuchung, die eine placenta praevia marginalis ergibt, wird die Blase künstlich gesprengt, worauf sich die Placentalappen zurückziehen. Patientin blutet nicht mehr. Die Untersuchung in Narkose ergibt eine Stirnlage, deswegen Zange.

In 7 Fällen wegen Hydramnios.

Eine 26jährige VII-Gebärende (J.-Nr. 229) kommt in die Klinik wegen starker Schmerzen im Leib, verursacht durch übermäßige Größe des schwangeren Uterus. Die Schmerzen sind ununterbrochen und namentlich intensiv in der medianen Lapara-

tomiewunde. Bis vor wenigen Tagen hatte Patientin auch an starker Dyspnoe zu leiden. Nach dem Eihautstich wurde 1100 ccm Fruchtwasser entleert, der Leib erscheint bedeutend kleiner und Patientin wird in den Kreissaal verlegt, wo konstant Wasser abgeht. T. 37,4. Am nächsten Tag erscheint spontan der Steiß in der Vulva. Manuelle Extraction an demselben läßt das Kind bis zu den Schulterblättern erscheinen. Alsdann Lösung der Beine. Entwicklung des Kopfes mittelst des Veit-Smellie'schen Handgriffes. Kind lebt, Nachgeburt spontan.

Bei einer 28jährigen IV-Gebärenden (J.-Nr. 432) wird die künstliche Frühgeburt wegen Hydramnios im 8. Monat eingeleitet. Das Kind gibt nur schwache Lebenszeichen von sich und stirbt bald.

Bei einer 38jährigen VI-Gebärenden (J.-Nr. 467) wird wegen Hydromnios beschlossen, die Hysterotomia vag. ant. zwecks Unterbrechung der Schwangerschaft im VII. Monat auszuführen. Es werden 2 lebende, unreife Kinder durch Extraction entwickelt, die bald darauf sterben.

Bei einer 32jährigen VII-Gebärenden (J.-Nr. 478) wird wegen Hydramnios die Blase künstlich gesprengt. Kurz darauf entsteht eine ziemlich starke Blutung. Infolgedessen wird sofort die Wendung auf den Fuß vorgenommen und das tote Kind extrahiert.

Bei einer 38jährigen II-Gebärenden (J.-Nr. 534) wird wegen Hydramnios künstliche Frühgeburt in 7 Monaten eingeleitet. Spontangeburt eines reifen, lebenden Knaben.

Bei einer 23jährigen I-Gebärenden (J.-Nr. 1577) wird wegen Hydramnios durch Eihautstich Spontangeburt erzeugt.

Bei einer 35jährigen VI-Gebärenden (J.-Nr. 621 H. S.) wegen großer Atembeschwerden Eihautstich. Entfernung von 13 L Fruchtwasser. Ausstoßung der Frucht im VI. Monat.

In 1 Fall wegen Vitium cordis.

Eine 34jährige VIII-Gebärende (J.-Nr. 549) wird von gynäkologischer Station wegen Vitium cordis verlegt. Nach gehöriger Desinfektion der Genitalien wird der Kolpeurynther eingelegt und mit Lysollösung gefüllt, darauf wird die Scheide mit Jodoformgaze tamponiert und ein Gewicht von 500 g an den Kolpeurynther gehängt. Spontangeburt eines toten Kindes, das seiner Länge nach dem 6. Schwangerschaftsmonat entspricht.

In 1 Fall wegen extrauterine Gravidität.

Eine 37jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 639) wird mit der Sanitätskolonne in die Klinik eingeliefert mit der Diagnose einer extrauterinen Gravidität. Es wird ein Metreurynther eingelegt. Es entstehen ziemliche starke Wehen und der Metreurynther wird ausgestoßen. Wegen Blutung wird der Uterus ausgeräumt und Uterus- und Scheidentamponade eingelegt.

In 2 Fällen im Anschluß an Trauma.

Eine 38jährige VIII-Gebärende (J.-Nr. 79) wird von der Poliklinik eingeliefert, weil plötzlich eine Blutung im Anschluß an Trauma eingetreten ist und in den nachfolgenden Stunden immer noch etwas Blut austrat. Sie gibt an, daß die Blase schon gesprungen ist und hat eine Uterustamponade mit Jodoformgace bekommen. T. 39,4. Nach einigen Stunden Einlegen des Metreurynther in Aethernarkose, Scheidentamponade. Am nächsten Tag Extraktion des Foetus. Placenta folgt auf Credé. Nach 5 Tagen Exitus.

Sectionsbefund: Jauchige puerperale Endometritis nach Abort. Septicopygämie. Septischer Milztumor. Braune Atrophie des Herzens. Fettdurchwachsung des rechten Ventrikels. Pleuritis, Bronchitis, Oedem der Lungen. Embolische Abscesse unter der pleura pulmonalis, in Nieren und Leber. Schwere parenchymatöse Degeneration der Leber, fettige Degeneration der Niere.

Eine 22jährige II-Gebärende (J.-Nr. 668) kommt in die Klinik, von der Sanitätskolonne eingeliefert. Sie stürzte vor drei Tagen mit einem Kinderwagen eine Treppe 5 – 6 Stufen herunter, seitdem hat sie starke Schmerzen im Leibe. In leichter Aethernarcose wird eine Sonde in den Uterus eingeführt und damit die Fruchtblase gesprengt. Es fließt ca. $^1/_4$ Liter helles Fruchtwasser heraus. Dann wird die künstliche Muttermunderöffnung vorgenommen. Hierbei erfolgt eine ganz geringe Blutung. In den jetzt für 2 Finger durchgängigen Muttermund wird ein Jodoformgacestreifen eingeführt, die Scheide wird tamponiert. Später wird zur Anregung von Wehen der Colpeurynther eingelegt und mit 350 g Flüssigkeit gefüllt und mit dem Gewicht beschwert. Kind befindet sich in der Steißlage, deshalb extrahiert.

In 1 Fall wegen Mangel an Wehen.

Eine 23jährige I-Gebärende (J.-Nr. 246) betritt den Kreissaal mit absolutem Mangel von Wehen. Sie klagt nur über starke Kreuzschmerzen. T. 37,5. Puls 77. Kindliche Herztöne gut. Die Blase wird künstlich gesprengt, der bewegliche Kopf tritt mit seinem großen Segment ins Becken ein; die Pfeilnaht verläuft im Querdurchmesser, die große Fontanelle ist rechts, die kleine links. Patientin bekommt eine Scopolamineinspritzung (0.0003). Nach einigen Stunden erfolgt spontane Geburt eines reifen, sofort schreienden Kindes.

Bei einer 38jährigen VIII-Gebärenden (J.-Nr. 1618) wird durch Einlegung eines Metreurynthers die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Wendung auf den Fuß und Extraktion.

Die Operationen, die wegen irgend welche andere Indikation ausgeführt worden sind, möchte ich nicht versäumen, an dieser Stelle kurz zu beschreiben. So, abgesehen vom engen Becken, wurde einmal der klassische Kaiserschnitt ausgeführt. Es han-

delte sich um eine 21jährige I-Gebärende, die mit Fieber in die Klinik eingeliefert wurde. Die Frau klagt über Schmerzen im Unterleib, namentlich in der Ileocoecalgegend. Daselbst bei Palpation empfindlich. Patientin wird wegen Verdacht auf Appendicitis in die Chirurgische Klinik verlegt. Wieder zurückverlegt. Temp. 41,3. Wegen Verdacht auf intraperit. von Appendix ausgehend. Absceß Laparatomie in typischer Weise. Die Gegend des Blinddarms ist frei; am Magen findet sich eine kleine Verwachsung von einer früheren Operation. Außerdem ist Milztumor vorhanden. Das Kind lebt.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde im ganzen 20 mal ausgeführt. Hier möchte ich aber nur 2 folgende interessante Fälle anführen:

Im 1. Fall handelt es sich um eine 39jährige V-Gebärende (J.-Nr. 48), die von dem behandelnden Arzt in die Klinik eingeliefert wird, da wegen ausgehender Plastik an Portio, Scheide und Damm die Geburt auf natürlichem Wege nicht stattfinden kann.

Im 2. Fall handelte es sich um einen verschleppten Fall von Querlage bei einer alten Primipara (J.-Nr. 61), bei der das Fruchtwasser angeblich vor 6 Wochen abgeflossen war. Der Arm war so vom Muttermund umschnürt, daß es unmöglich war, mit dem Finger oder einem Instrument an ihm vorbei zum Uterus zu gelangen. Deshalb war Patientin vom behandelnden Arzt zur Entbindung in die Klinik überwiesen worden. Das Kind, das kurz vor der Operation noch Herztöne hatte, kommt ohne Herzschlag zur Welt.

Die Perforation wurde im Berichtsjahre in 29 Fällen ausgeführt.

Ein Fall, in dem es sich um eine 38jährige VI-Gebärende handelt (J.-Nr. 667) dürfte besonderes Interesse verdienen. Patientin wird in die Klinik eingeliefert. Nach telefonischer Mitteilung vom Arzt besteht der Verdacht auf bereits vorhandene Uterusruptur. Wegen starken Abgang von dunklen Blutmengen Tamponade der Scheide. Temp. 38,7. Puls sehr unregelmäßig. Bei Einlieferung in die Klinik ist das ganze Abdomen stark gebläht. Ueber sämtlichen Partien tympanitischer Schall. Atmung etwas beschleunigt, oberflächlich. Die innere Untersuchung ergibt: Scheide sehr eng, das kleine Becken ist leer. Der Muttermund in seiner vorderen Lippe stark ödematös durchtränkt, für 2–3 Finger durchgängig. Oberhalb des Beckens ziemlich stark beweglich der Kopf. Bei Empordrängen des Kopfes entleert sich übelriechendes mit Blut und Mekonium untermischtes Fruchtwasser. Perforation. Anlegung von Busch, der zweimal abgleitet, mit Böer'schen Knochenzangen wird der Schädel stückweise entfernt. Herabholen des Fußes, Extraktion des Kindes. Nach Entfernung des Kindes zeigt sich, daß der Uterus vorne zirkulär

abgerissen 3—4 Finger oberhalb des äußeren Muttermundes. Laparatomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus etwa 3 cm oberhalb der Gegend des inneren Muttermundes an der vorderen Wand zirkulär abgerissen. Das l. Parametrium ist durch ein großes Blutextravasat bis fast an die Beckenwand vollständig zerstört. Das r. Parametrium ist bis an die Beckenwand vollständig zerstört. Das r. Parametrium ist bis an die Beckenwand bis in die Gegend der großen Gefäße ebenfalls durch ein Blutextravasat vollständig zerstört. Totalexstirpation des Uterus, Unterbindung der Stümpfe. Bei der erst nach Entfernung des Uterus möglichen genauen Kontrolle des r. Parametriums zeigt sich der Ureter ca. 2 cm oberhalb seiner Mündung in die Blase quer durchgetrennt. Er wird durch einen Schlitz in die Blasenwand mit drei feinen Seidenfäden eingenäht. Das periphere Endstück wird sorgfältig unterbunden. Peritonisierung des ganzen Wundgebietes, Vernähung des Peritoneums des Douglas an die hintere Scheidewand, und Umsäumung der vorderen Scheidenwand mit Blasenperitoneum. Sorgfältige Ausräumung der Bauchhöhle mit mehreren Litern physiolog. Kochsalzlösung. Dabei zeigt sich, daß die Darmschlingen, speziell des Blinddarmes, zum Teil mit Zwei- bis Dreimarkstückgroßen, mäßig dicken, fibrösen Belägen bedeckt sind, die durch Mekonium gelb gefärbt sind. Sorgfältige Austrocknung der Bauchhöhle mit Schwämmen und Tupfern, Vernähung des Peritoneums, Schluß der Bauchwunde.

Die Exenteratio und Dekapitatio mußte nur ein einziges mal ausgeführt werden. Es handelte sich um eine I. dorsoanteriore, verschleppte Querlage bei einer 38jährigen II-Gebärenden (J.-Nr. 30) Uterus steinhart kontrachiert. In der Vulva rechter Arm ödematös, bis zur Hälfte des Unterarms sichtbar. Da die Einführung der Zweifel-Trachelorechter, sowie des Hakens des Ribemond-Bong'schen Instruments nicht gelingt wegen Einkeilung der Schulter und des lang ausgezogenen Halses Exenteration der Brust- und Baucheingeweide. Bei nachfolgender Extraktion reißt der rechte Arm im Schultergelenk aus. Hierauf gelingt die Anlegung des Bong'schen Instrumentes ohne Schwierigkeiten. Durchtrennung des Halses mit einigen Sägezügen. Extraction des Rumpfes mit Extremitäten mittels Knochenzange. Entfernung des abgetrennten Kopfes durch Wiegand-, Martin-, Winkelschen Handgriff. Keine Uterusverletzung außer dem kleinen Scheidenriß, der sofort mit Catgut-Knopfnähten geschlossen wird.

Die Dissectio foetus wurde dreimal vorgenommen.

Bei einer 35jährigen IV-Gebärenden (J.-Nr. 791) handelte es sich um eine verschleppte Querlage. Evisceration der Baucheingeweide, Durchsägen der Wirbelsäule, Dekapitation mittels Säge, Extraktion der Körperteile, Perforation des Kopfes, Extraction desselben mit Busch. Credé-Spülung. Keine Weichteileverletzung.

Bei einer 27jährigen II-Gebärenden handelte es sich um eine Querlage mit Armvorfall (J.-Nr. 1180). Die Labien sind stark geschwollen, die Scheide dunkelbraun verfärbt und stark varikös, der Muttermund ist klein Handtellergroß. Es ist dem Operateur unmöglich, zum Hals des Kindes zu gelangen. Ausgeübter Zug am vorgefallenen Arm führt dazu, daß derselbe abreißt. Evisceration, Dekapitation unmöglich wegen Hochstandes des kindlichen Körpers und Enge des Muttermundes. Nach außerordentlich schwierigen Versuchen gelingt es, einen Fuß herunterzuholen, an dem Exartikulation ausgeführt wird; dies gelingt jedoch nur teilweise, da der Kopf abreißt. Die Entwicklung des Kopfes bereitete sehr große Schwierigkeiten; ein Teil wird mit dem Kephatrypter Kranioklast geholt, der andere mit der Boer'schen Knochenzange.

3. Fall ist beim engen Becken beschrieben worden.

Die Dekapitation mußte in 7 Fällen angewendet werden. Bei einer 36jährigen XII-Gebärenden (J.-Nr. 391), bei der der Arzt vergeblich Wendungsversuche gemacht hat, wird zunächst ebenfalls die Wendung auf den Fuß versucht. Da die Wendung nicht gelingt, wird Dekapitation vorgenommen.

Bei einer 27jährigen II-Gebärenden (J.-Nr. 399), die mit verschleppter Querlage auf den Kreissaal kommt, sieht eine Hand zur Vulva heraus.

Eine 28jährige I-Gebärende (J.-Nr. 692) wurde Nachts eingeliefert. Eingekeilte Schieflage. Kräftige Wehen, fast tetanisch. Es bsteht die Gefahr einer Ruptur. Daher Decapitation.

Eine 30jährige VIII-Gebärende (J.-Nr. 1713) hat wegen schmerzhaften Wehen die Poliklinik angerufen und wird nach Injektion von 1 ccm Morphium in die Klinik gebracht. Die Untersuchung ergibt eine verschleppte I dorsoanteriore Querlage. Patientin blutet mäßig stark. Dekapitation in typischer Weise.

Eine 25jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 124 H. S.) wird von der Sanitätskolonne eingeliefert und gibt an, die Hebamme habe ihr die Blase gesprengt, weil sie zu viel Fruchtwasser gehabt habe und habe den einen Arm heruntergeholt. Seit $1^1/_2$ Stunden habe sie nun ununterbrochen die kräftigsten Wehen; auch bei ihrer Einlieferung bestehen diese kräftigen Wehen ohne die geringste Pause fort. Das untere Uterinsegment ist ausgezogen, jede Untersuchung unmöglich. Es wird sofort Narkose eingeleitet. Im Muttermunde pulslose Nabelschnur.

Bei einer 23jährigen II-Gebärenden (J.-Nr. 806 H. S.) wird die Dekapitation vorgenommen. Der Rumpf manuell entfernt. Die Lage des Kindes war I dorsoanteriore Querlage.

Alle Dekapitationen wurden mit Ribemont-Bong'schen Instrument ausgeführt.

Operationen.	Zange.	Hebost.-etomie	Sect. caesar. classica et. extrapeit.	Hysterostomat. vagin. ant.	Wendg. u. Extract.	Extraction.	Zerstück.-Operation.	Künstliche Frühgeburt.
Gesamtzahl:	64	12	23	35	39	66	11	30
Fieber im Wochenbett bis 39°	16	1	4	13	24	12	5	9
Fieber im Wochenbett über 39°	4	3	5	7	3	3	0	7
Mortalität der Mütter	0	2	1	3	0	0	0	1
Mortalität der Kinder	6	1	3	20	19	18	11	24
Lebende Kinder	58	11	20	15	23	48	0	8

Eklampsie wurde in 17 Fällen beobachtet und zwar:

im	6. Monat	1
„	8. „	2
„	9. „	5
„	10. „	5
post	partum	4

Gegenwärtig wird Eclampsie, als Schwangerschaftstoxikose aufgefaßt. Daraus wird dann auch die Therapie abgeleitet mit anderen Worten die Entfernung der Frucht und Placenta. In leichten Fällen wird die angegebene Therapie von Stroganoff ausprobiert, die darin besteht, daß in 24 Stunden narkotische Mittel, wie Morphium und Chloral hyd. verabreicht werden und zwar in folgender Reihenfolge: erst 0.015 Morphium, nach einer Stunde 2.0 Chloralhydrat (rectal), nach 3 Stunden 0.015 Morphium, nach 2 Stunden 2.0 Chloralhydrat und endlich noch 2 mal je 1.5 Chloralhydrat.

Alle Frauen bis auf 2 kamen zur Genesung.

Eine 36jährige X-Gebärende (J.-Nr. 1592) wird von der Sanitätskolonne eingeliefert. Sie ist bewußtlos. Ehemann gibt an, daß seine Frau vor 3 Tagen angefangen hat, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle zu bekommen. Gestern 1 Anfall drei Minuten dauernd. Der Arzt untersuchte sie und gab Pulver (?). Seit diesem Anfall ist Patientin bewußtlos und unruhig. Am Tage der Einlieferung II. Anfall 5 Minuten dauernd. Innerhalb 9 Stunden weitere 4 Anfälle. Bei nachfolgender Einlieferung bekommt Patientin Morphium und Chloralhydrat, wie ich oben geschildert habe. Patientin erwacht aus der Bewußtlosigkeit, vollkommen klar ist sie aber nicht. Harnbefund: Esbach 12‰. Seit Einlieferung ist kein Anfall mehr aufgetreten. Am nächsten Tag erholt sie sich allmählich. Das Bewußtsein der Frau ist wieder vollkommen klar, sie trinkt viel, entleert reichlich Urin, hat noch

dreimal 1.0 Chloralhydrat erhalten. Die kindlichen Herztöne sind sehr gut, regelmäßig 130. Nach 3 Wochen wurde die Patientin wieder mit schweren eclamptischen Krämpfen eingeliefert. Sie hatte im Verlaufe des Vormittags mehrere sehr schwere Anfälle, erhielt 20 ccm Schwangeren-Serum intragluteal. Puls sehr schlecht. Mit Rücksicht auf den sehr schlechten Allgemeinzustand wird von einer operativen Entbindung Abstand genommen. Nächsten Tag erfolgt Exitus letalis in Coma.

Sectionsbefund: Status gravidus 8 Mon.? Blutungen in den serösen Häuten und Schleimhäuten in der Leber (mit Verfettung und Nekrosen in den Nieren, unter dem Endocard. Aeltere und frischere Nephritis. Stauungsmilz. Stauungsödem in den Lungen. Linksseitige Herzhypertrophie. Blutungen in die Pia mater cerebri, in die Brücke und in Medulla oblongata. Hirnödem. Weiße und haemorrhagische Infarcte der Placenta.

Eine 28jährige I-Gebärende J.-Nr. 1310 wird von der Sanitätskolonne eingeliefert. Sie gibt an, daß sie draußen 2 Anfälle bekommen hat. Eiweiß positiv. Innerhalb 7 Stunden hatte sie weitere 12 Anfälle. Es wird 0.5 Pituitrin subcutan injiziert, Cervix dilatiert, Metreurynther eingelegt. Nach 4 Stunden wird Metreurynther mit leichtem Zug entfernt. Foetale Herztöne sind nicht mehr hörbar. Puls der Mutter unregelmäßig. Die innere Untersuchung ergibt, daß der Muttermund für fast 3 Finger durchgängig ist; vorliegender Teil ist der Kopf über dem kleinen Becken. Perforation. Anlegung von Kraniokephalotrypter; das Hirn fließt aus der Scheide. Bei der Extraction reißt der Knochen aus. Es wird die Wendung angeschlossen, die sofort gelingt. Extraction vollendet. Sehr starke Blutung, Injektion von Ergotin. Der Puls ist sehr schlecht. 4 ccm Kampher injiziert. Nach einer Viertelstunde erfolgt Exitus.

Die Placenta praevia kam in 20 Fällen zur Beobachtung. Darunter befanden sich 10 Erstgebärende und 10 Mehrgebärende. Bei zweckmäßiger Behandlung — welche nur von rechtzeitiger und genauer Stellung der Diagnose abhängt — gibt sie in der Regel eine bedeutend bessere Prognose als Eclampsie. Die Fälle verteilen sich nach der Dauer der Gravidität folgendermaßen:

im	5.	Monat	der	Gravidität	1
„	6.	„	„	„	3
„	7.	„	„	„	4
„	8.	„	„	„	3
„	9.	„	„	„	5
„	10.	„	„	„	4

Also die meisten Fälle kamen im 9. Monat der Schwangerschaft vor. In 14 Fällen wurde die Hysterostomatomia vaginalis anterior angewandt und im Anschlusse daran das Kind auf den Fuß gewendet und extrahiert, in 3 Fällen Wendung und

Extraction allein, in einem Fall Perforation, in 1 Fall Spontangeburt und endlich in 1 Fall Forceps. Resultat für die Kinder war:

6 totgeboren,
14 lebendgeboren,
3 gestorben.

Dabei mußten aber 3 Mütter ihr Leben lassen. Eine 38jährige VIII-Gebärende (J.-Nr. 476), die durch Hysterostomatomia vag. ant. von einem toten leicht macerierten Kind entbunden wurde, zeigte im Wochenbett Temperatursteigerung, die längere Zeit zwischen 39 und 40 schwankte. Am 12. Tag nach der Operation kommt sie ad Exitum.

Sectionsbefund: Sepsis. Jauchige Parametritis und Endometritis. Starke Durchblutung des rechten Parametriums mit ausgedehnten Zerreißungen bis in die Scheide. Operativer Einschnitt in die Cervix uteri. Placentapolypen. Schwere allgemeine Anämie. Geringe Dilatation der Herzhöhlen. Anämie und parenchymatöse Degeneration des Herzfleisches. Geringe varuköse Endocarditis der Mitralis. Endocardwucherungen auf den Aortenklappen. Beginnende desquamative Pneumonie in der rechten Lunge, starkes Lungenödem. Septische Milzschwellung. Sehr anämische Stauungsleber mit starker parenchymatöser Degeneration. Anämie, Oedem und parenchymatöse Degeneration der Nieren gastritis chronica. Tonsilitis chronica. Starke Colloidbildung in etwas hypertrophischer Schilddrüse.

In den beiden anderen Fällen (J.-Nr. 850 und J.-Nr.904) war reiner Verblutungstod. Nachträglich ist angegeben worden, daß die Frau (J.-Nr. 850) beinahe 3 Liter Blut verloren hat.

Die Entwicklung der Kinder, die sich in abnormen Lagen eingestellt hatten, geschah folgendermaßen:

Von den 30 Querlagen wird die Geburt erzielt in:

2 Fällen durch Spontangeburt,
10 Fällen durch Wendung und Extraction,
6 Fällen durch Decapitatio, darunter einmal mit Nabelschnur- und Armvorfall,
1 Fall durch Decapitatio und Exenteratio,
4 Fällen durch extraperit. Kaiserschnitt mit Forceps.
2 Fällen durch Dissectio foetus,
1 Fall durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit Wendung und Extraktion,
1 Fall durch Decapitatio und Dissectio foetus,
1 Fall wegen Kombination mit Placenta praevia in 6 Monat durch Wendung und Extraction,
1 Fall durch Wendung und Extraktion. Perforation des nachfolgenden Kopfes,
1 Fall geht Abortus im 6. Monat vor sich.

Das Resultat für die Kinder war:
lebend geboren 16
davon gestorben 2
totgeboren 14

Von den 15 Kindern in Gesichtslage wurden:
spontan geboren 13
durch Perforatio 1
mit der Zange entwickelt 1

Das Resultat für die Kinder war:
Lebend geboren 14
tot geboren 1

Von den 9 Kindern in Stirnlagen wurden:
spontan geboren 5
durch hohe Zange 1
durch Perforatio 2
durch Forceps mit Kombination mit Placenta praevia 1

Das Resultat für die Kinder war:
lebend geboren 7
davon gestorben 1
tot geboren 2

Von den 85 Kindern in Steißlage wurden:
spontan geboren 39
durch Extraktion 40
durch Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes 1
durch Perforation wegen Placenta praevia 1
durch extraperit. Kaiserschnitt wegen hochgradiger Scheidenstenose 1
durch Metreuryse und Extraktion infolge Kombination mit Eklamsie 1
durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt 1

Dabei wurden:
lebend geboren 69 Kinder
davon gestorben 9
tot geboren 16

Von den 29 Kindern in Fußlage wurden:
spontan geboren 7
durch Extraktion 21
durch Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes 1

Das Resultat für die Kinder war:

lebend geboren	22
davon gestorben	1
tot geboren	7

Was nun häufig für das Kind ein lebensgefährdendes Ereignis in utero darstellt, ist zunächst der Vorfall der Nabelschnur, was 15 mal beobachtet wurde. Die Kinder sind je nach der Lage entwickelt worden, einmal mit der Zange, einmal gewendet und extrahiert, ja sogar perforiert, decapitiert. Einmal wurde extraperitonealer Kaiserschnitt ausgeführt. Das Resultat war:

lebende Kinder	9
tote Kinder	6

In 265 Fällen war die Nabelschnur ein- oder mehrmals um den Nacken oder Hals, um die Extremitäten oder Rumpf geschlungen.

Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta kam in 3 Fällen zur Beobachtung. In 2 Fällen konnten die Kinder mittels Extraktion am Leben erhalten werden.

Die manuelle Lösung der teilweise oder ganz zurückgebliebenen Placenta wurde 67 mal ausgeführt. Im Anschlusse daran wurde stets Uterus und Scheide tamponiert. Von diesen 67 Wöchnerinnen waren:

fieberfrei			39
hatten über	38,2	einen Tag	10
„ „	38,2	mehrere Tage	3
„ „	39,0	einen Tag	11
„ „	39,0	mehrere Tage	4

Atonie des Uterus trat in 4 Fällen auf. Die atonische Nachblutung konnte in allen Fällen durch Anlegung des Momburgschen Schlauches, durch heiße Uterusspülungen, durch Uterustamponade, durch Injektion von Ergotin und durch Eisblase gestillt werden.

Ein Fall bot besondere Schwierigkeiten, in dem die Frau 2000 g Blut verloren hatte. (J.-Nr. 661 H. S.).

Es handelte sich um eine Haemophilie.

Die Zange, als selbständige Operation, wurde 64 mal ausgeführt, darunter 8 mal als hohe Zange bei

56 Hinterhauptslagen,
4 Vorderhauptslagen,
2 Stirnlagen,
1 Gesichtslage
und 1 tiefen Querstand.

Dabei sind

lebend entwickelt	58 Kinder
davon gestorben	1 Kind
totgeboren	6 Kinder.

Trotz der Entdeckung des spezifischen Mittels gegen Lues „Salvarsan" spielt doch die Lues immer noch eine große Rolle in der Frauenklinik. Nähere Angaben, ob überhaupt die schwangeren Frauen mit Salvarsan behandelt worden sind, konnte ich leider nicht konstatieren, da in den Krankengeschichten über diesen Punkt nichts näheres mitgeteilt wurde. Ich zählte 8 Kinder mit Pemphigus lueticus, von welchen 4 gestorben sind, und außerdem 42 tote, macerierte Kinder.

Da für den Arzt die Morbidität und Mortalität in der Chronik einer Klinik nicht nur zu dem an sich interessantesten, sondern auch für die Forschung mit zu dem wichtigsten Teil gehört, weil sie beide uns über die erzielten Erfolge der modernen Therapie während des Wochenbettes am besten Aufschluß geben, so werden wir im folgenden hauptsächlich die Todesfälle näherer Betrachtung unterziehen.

Aus 41 halbentbundenen Kreißenden, die schon nicht mehr untersucht wurden mit Rücksicht auf puerperale Asepsis waren:

Fieberfrei		36
hatten über	38,2 einen Tag	1
„ „	38,2 mehrere „	3
„ „	39,0 einen Tag	1

Aus 71 Wöchnerinnen, die ebenfalls nicht mehr untersucht wurden, waren:

Fieberfrei		47
hatten über	38,2 einen Tag	6
„ „	38,2 mehrere „	3
„ „	39,0 einen „	7
„ „	39,0 mehrere „	8

Von den 657, die sich außerhalb der Klinik untersuchen ließen, zeigten im Wochenbett eine Temperatursteigerung über 38,2; 122 Wöchnerinnen, d. i. 18,43 Prozent. Von den 2198 nur in der Klinik Untersuchten hatten im Wochenbett eine Temperatursteigerung über 38,2 305 Wöchnerinnen, d. i. 13,89 Prozent.

Temperaturen über 38,2		eintägig	mehrtägig
Steigerung bis	39,0	138	35
Steigerung über	39,0	88	44

Die Ursachen für diese einfachen Temperatursteigerungen ließen sich nicht in allen Fällen nachweisen. Ich kann nur folgende 45 Fälle anführen:

Lungenspitzenkatarrh	bei 7	Wöchnerinnen	
Laryngitis haemoragica	„ 1	„	
Tympania uteri	„ 1	„	
Endometritis Parametritis Sepsis	„ 2	„	
Mastitis	„ 2	„	
Thrombophlebitis	„ 3	„	1 †
Endometritis putrida	„ 1	„	
Phlebitis	„ 1	„	
Gonorrhoe	„ 3	„	
Sepsis	„ 4	„	2 †
Angina katarrhalis	„ 2	„	
Influenza	„ 3	„	
Bronlhitis	„ 5	„	
Mitraisinsuffizienz	„ 4	„	1 †
Peritonitis	„ 1	„	1 †
Erysipel	„ 3	„	
Pleuritis	„ 1	„	1 †

Davon sind 6 Wöchnerinnen gestorben.

Es handelte sich zunächst um eine 29jährige II-Gebärende (J.-Nr. 4), die nach ihrer Entlassung kommt mit Temperatursteigerung bis 41. Am 5. Tage Exitus.

Sectionsbefund: Acute eitrig fibrinöse diffuse Peritonitis. Sepsis mit starker frischer Milzschwellung. Starke akute eitrige Endometritis des puerperalen Uterus mit secundärer eitriger Lymphangitis der Parametrien bes. links. Chronische rheumatische, leicht stenosierende Endocarditis der Mitralis mit subcutem Recidiv. Collapsatelectase im linken Unterlappen durch acute Bronchitis. Diffuse eitrig schleimige Tracheobronchitis. Kleine Narben der Tonsillen, Retentionscyste.

Es handelte sich um eine 29jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 937), die mehrere Tage Temperatursteigerung im Wochenbett zeigte. Diagnose: Thrombophlebitis. Nach einigen Tagen erfolgt Exitus.

Sectionsbefund: Sepsis. Frische septische Milzschwellung. Tympanie von Dickdarm und Magen. Eitrige Phlegmone und Erysipel der Oberschenkel, davon ausgehende Thrombophlebitis beider Venae femorales, besonders links. Endometritis puerperalis (nicht jauchig, metastatisch). Trübe Schwellung der Parenchyme. Mäßiges, chronisches Lungenemphysem. Aspiration von Erbrochenem. Geringer Kropf. Mäßige Hydronephrose.

Der Einfluß der geburtshilflichen Operationen auf den Wochenbettenverlauf.

Die Wöchnerinnen zeigen eine Temperatursteigerung nach:

Sectio caesarea classica:

fieberfrei	1
hatten über 39,0 einen Tag	1
mehrere „	1
Tod	1

Sectio caesarea extraperitonealis:

fieberfrei	13
hatten über 38,2 einen Tag	3
38,2 mehrere „	1
39,0 einen Tag	2
39,3 mehrere „	1

Zangengeburten:

fieberfrei	44
hatten über 38,2 einen Tag	22
38,2 mehrere „	4
39,0 einen Tag	1
39,0 mehrere „	3

Hebosteotomie:

fieberfrei	8
hatten über 38,2 einen Tag	0
38,2 mehrere „	1
39,0 einen Tag	2
39,0 mehrere „	1
Tod:	2

Hysterotomia vag. ant.

fieberfrei	15
hatten über 38,2 einen Tag	9
38,2 mehrere „	4
39,0 einen Tag	4
39,0 mehrere „	3
Tod:	3

Zum Schlusse wollen wir noch einen Ueberblick über die Ursachen sämtlicher Todesfälle in der Münchener Universitäts-Frauenklinik geben:

1. J.-Nr. 4 Sepsis
2. J.-Nr. 143 Verblutung bei Hebosteotomie
3. J.-Nr. 83 Sepsis
4. J.-Nr. 305 Klassischer Kaiserschnitt
5. J.-Nr. 850 Verblutung bei Placenta pravia
6. J.-Nr. 904 „ „ „ „
7. J.-Nr. 476 Sepsis
8. J.-Nr. 439 Tbc. Pulmonum
9. J.-Nr. 667 komplette Uterus-Ruptur
10. J.-Nr. 865 inkomplette Uterusruptur
11. J.-Nr. 892 Mitralis Insuffizienz
12. J.-Nr. 937 Thrombophlebitis
13. J.-Nr. 1197 Bronchitis Pleuritis
14. J.-Nr. 1152 inkomplette Uterusruptur
15. J.-Nr. 1310 Eklampsie
16. J.-Nr. 1592 „
17. J.-Nr. 1735 Sepsis.

Von diesen 17 Fällen dürfen wir nahezu mit Bestimmtheit annehmen, daß in keinem Falle die Ursache des tötlichen Ausganges in der Klinik selbst zu suchen ist, sondern daß sie bereits gegeben war, als die Patientinnen in das Institut eingeliefert wurden.

Tabelle der häufigsten patologischen Fälle und geburtshilflichen Operationen im Jahre 1911.

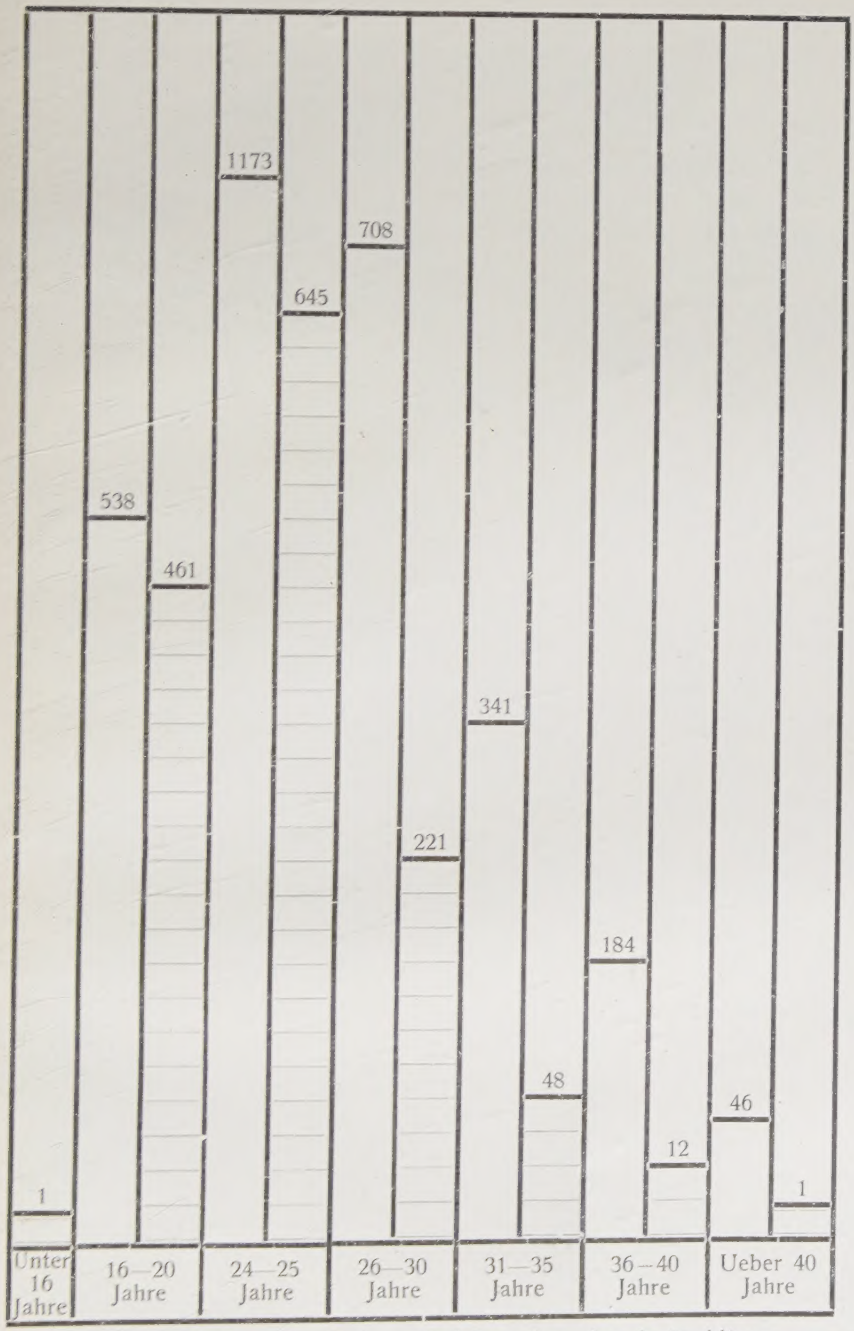
Operationen	Kinder			Mütter Befund im Wochenbett		
	Summe	lebend	tot	fieberfrei	fiebernd	tot
Zange	64	58	6	44	20	0
Wendg. u. Extraktion	39	23	19	12	27	0
Extration	66	48	18	51	15	0
Perforation	29	0	29	21	8	0
Decapitation	7	0	7	4	3	0
Evisceration und Decapitation	1	0	1	0	1	0
Dissectio foetus	3	0	3	2	1	0
Künstliche Frühgeb.	30	8	24	16	14	1
Sectio caesarea classica	3	3	0	1	2	1
Sectio caesarea extraperitonealis	20	17	3	13	7	0
Sectio caesarea vaginalis	35	15	20	15	20	3
Hebosteotomie	12	11	1	8	4	2
Nachgeburtsoperat.	67	48	19	44	23	0
Placenta praevia	20	11	9	8	12	3
Eklampsie	17	11	8	9	8	2
Ruptura uteri completa	3	0	3	3	0	1
Ruptura uteri incompleta	5	1	4	5	0	2

Am Schlusse meiner Arbeit sei mir gestattet, dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. A. Döderlein für die Anweisung des Themas und für die gütige Uebernahme des Referates, sowie dem Herrn Dr. Eisenreich für seine freundlichen Ratschläge bei Ausführung derselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Alexej Sagrjaskin, geboren zu Moskau am 11. Februar 1887 als Sohn des Großkaufmanns Nikolaj Sagrjaskin, besuchte von 1897 bis 1906 das 6. humanistische Gymnasium zu Moskau.

Nach bestandener Reifeprüfung bezog ich als Student der Medizin die Universität Freiburg i. B. Im S.-S. 1910 bezog ich die Universität München, wo ich mich dem klinischen Studium widmete. Im S.-S. 1912 unterzog ich mich dem Doktor-Examen.



Zahl der sämtlichen Gebärenden des betr. Alters.

Zahl der Erstgebärenden des betreffenden Alters,